

## **GE\_GERICHTE A/463/2009 vom 16. November 2009**

GE Cour de justice, 2009-11-16, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_463\\_2009](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_463_2009)

FR: GE\_GERICHTE A/463/2009 du 16 novembre 2009

IT: GE\_GERICHTE A/463/2009 del 16 novembre 2009

### **Volltext**

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 16.11.2009  
A/463/2009

A/463/2009 ATAS/1411/2009 du 16.11.2009 ( LAA ) , REJETE En fait En droit  
RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/463/2009  
ATAS/1411/2009 ARRET DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES  
SOCIALES Chambre 6 du 16 novembre 2009 En la cause Monsieur O \_\_\_\_\_,  
domicilié au Grand-Lancy, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître  
RIONDEL Louis recourant contre SUVA, CAISSE NATIONALE SUISSE  
D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, sise Rechtsabteilung, Fluhmattstrasse 1,  
Lucerne intimée EN FAIT Monsieur O \_\_\_\_\_, né en mai 1956, travaille en tant que  
conducteur d'autobus et de tram depuis le 1 er juin 1986 auprès des Transports publics  
genevois. Il est à ce titre assuré contre les accidents professionnels et non professionnels  
auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après la SUVA). En  
date du 30 janvier 2006, l'assuré a subi un accident non professionnel de voiture. La SUVA  
a pris en charge les suite de cet accident. Dans des rapports des 27 février, 16 mars et 2 mai  
2006, le Dr A \_\_\_\_\_ des Hôpitaux Universitaires de Genève (ci-après les HUG) a  
diagnostiqué une fracture pertrochantérienne droite, des fractures des côtes 2, 4 et 5, une  
plaie de la fesse droite, une fracture du manubrium, une entorse cervicale et une fracture de  
l'acromion droit. Dans un rapport du 20 juillet 2006, les Drs Maximilien JUNG et Laurent  
F \_\_\_\_\_ du Service de rééducation des HUG ont diagnostiqué un traumatisme crânien  
avec perte de connaissance (amnésie d'environ 24 heures), une facture acromiale droite non  
déplacée, une fracture du sternum non déplacée, une facture des côtes droites 2, 4 et 5, une  
fracture du manubrium sternal, un épanchement pleural droit, une fracture  
pertrochantérienne droite avec arrachement du petit trochanter, traité par DHS le 31 janvier  
2006 et une entorse cervicale. L'examen neuropsychologique avait mis en évidence des  
troubles attentionnels légers à modérés, se manifestant par un déficit modéré de la capacité  
de diviser son attention entre la modalité visuelle et auditive, ainsi que par une variabilité  
augmentée des temps de réaction. Ces troubles étaient superposables aux troubles  
attentionnels déjà présents lors d'un examen effectué en 2000 et relevaient donc des  
séquelles du premier traumatisme crânio-cérébral de 1995. Il n'y avait pas de  
contre-indication à ce que l'assuré reprenne son travail comme conducteur de trams. Sur le  
plan psychique, il a été conclu à une personnalité à traits impulsifs. Dans un rapport du 14  
août 2006, la Clinique d'orthopédie et de chirurgie de l'appareil moteur des HUG a relevé  
une bonne évolution de la hanche droite mais une mauvaise évolution de l'épaule droite qui  
était devenue une "épaule gelée". Dans un rapport du 29 novembre 2006, le Dr  
B \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la  
SUVA, a relevé que l'assuré devait être hospitalisé pour une reprise chirurgicale de la  
hanche droite. S'agissant de l'épaule, il y avait eu une lente amélioration. La situation n'était

pas stabilisée et l'incapacité de travail était totale. L'assuré a repris son travail à 50 % à partir du 22 janvier 2007. Dans un rapport du 25 juillet 2007, le Dr C \_\_\_\_\_, chef de clinique au Service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur des HUG, a diagnostiqué une épaule douloureuse droite, un status post-épaule gelée, un status post-AVP le 31 janvier 2006 avec un status post-fracture acromioclaviculaire à l'épaule droite, un status post-fracture du sternum, un status post-fracture pertrochantérienne droite, avec ostéosynthèse par DHS le 31 janvier 2006, consolidée. Il y avait eu une reprise de travail à 50 % depuis janvier 2007. Dans un rapport du 9 octobre 2007, le Dr B \_\_\_\_\_ a proposé une prise en charge en clinique de réadaptation afin d'établir un bilan des capacités fonctionnelles et de définir un éventuel pronostic. Par projet de décision du 18 décembre 2007, l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OCAI), auprès duquel l'assuré avait déposé une demande le 3 janvier 2007, lui a octroyé une demi-rente d'invalidité à partir du 31 janvier 2007. Dans un rapport du 15 janvier 2008, les médecins de la Clinique romande de réadaptation de la SUVA ont relevé que sur le plan professionnel, l'assuré présentait une incapacité de travail de 25 % dans sa profession de conducteur de tram pour encore un mois. En effet, les différents bilans et consiliums (consilium psychiatrique, examen neuropsychologique, consilium de l'appareil locomoteur) n'avaient révélé aucune limitation fonctionnelle susceptible d'empêcher le patient de reprendre sa profession à plein temps. On pouvait s'attendre à une reprise difficile du travail chez un assuré s'étant montré moyennement collaborant et disant ne pas pouvoir travailler plus de 50 % dans son activité habituelle. Dans un rapport du 30 janvier 2008, le Dr C \_\_\_\_\_ a indiqué qu'il était d'avis qu'il fallait laisser l'implant suite à la fracture pertrochantérienne avec un arrêt de travail à 50 %. Dans une attestation du 4 février 2008, le Dr D \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne, a indiqué que les douleurs de la hanche droite ne s'amenderaient pas, à son avis, tant que le matériel d'ostéosynthèse ne serait pas enlevé. Par conséquent, l'incapacité de travail étant due partiellement à ces douleurs ne devrait pas se modifier immédiatement. Par décision du 4 avril 2008, la SUVA a reconnu l'assuré apte à travailler à 75 % dès le 11 février 2008 comme conducteur de tram et à 100 % dès le 9 avril 2008. Par courrier du 29 avril 2008, l'assuré a formé opposition à cette décision, concluant à ce qu'il soit constaté qu'il présentait une incapacité de travail de 50 % dans sa profession. Il s'est référé à l'avis de ses médecins traitants, notamment du Dr C \_\_\_\_\_. La SUVA a soumis le dossier pour une appréciation au Dr E \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin de la SUVA, qui a conclu que si l'on ne tenait compte que des suites de l'accident de nature physique ou organique, l'exercice du métier de conducteur de tram à plein temps et sans aucune restriction était à nouveau exigible de la part de l'assuré (appréciation du Dr E \_\_\_\_\_ du 4 décembre 2008). Par décision du 14 janvier 2009, la SUVA a rejeté l'opposition de l'assuré, se référant au rapport des médecins de la Clinique de réadaptation ainsi qu'à l'avis du Dr E \_\_\_\_\_. Par courrier du 12 février 2009, l'assuré a recouru contre cette décision auprès du Tribunal de céans, concluant, sous suite de dépens, à ce qu'il soit constaté qu'il présentait une incapacité de travail de 50 % dans sa profession. Il s'est référé au rapport du Dr C \_\_\_\_\_ du 30 janvier 2008, qui avait prescrit un arrêt de travail de 50 %. De même, le Dr D \_\_\_\_\_ avait déclaré que selon lui les douleurs de la hanche droite ne s'amenderaient pas tant que le matériel d'ostéosynthèse ne serait pas enlevé. Par conséquent, l'incapacité de travail étant due partiellement à ces douleurs ne devrait pas se modifier immédiatement. Par ailleurs, le recourant a relevé que le Dr E \_\_\_\_\_ ne l'avait pas examiné. Enfin, l'OCAI l'avait mis au bénéfice d'une demi-rente d'invalidité et cette décision devait être suivie par l'assurance-accidents. Dans sa réponse du

10 mars 2009, la SUVA, concluant au rejet du recours, a relevé que sa décision reposait principalement sur l'appréciation de la Clinique romande de réadaptation dans laquelle le recourant avait été soumis à une étude pluridisciplinaire comprenant des examens rhumatologique, neurologique, neuropsychologique et psychiatrique, outre un suivi de physiothérapie. En substance, les médecins de la clinique admettaient des limitations fonctionnelles mais estimaient qu'elles ne constituaient pas un obstacle à l'exercice de l'activité professionnelle du recourant. Les Dr C\_\_\_\_\_ et D\_\_\_\_\_ étaient médecins traitants et leurs constatations objectives ne remettaient pas en cause celles des médecins de la Clinique romande de réadaptation. C'était donc uniquement une appréciation divergente d'un même état de fait médical qui départageait les précités des médecins de la Clinique. Or, l'appréciation des médecins traitants reposait sur les plaintes et limitations subjectives du recourant plutôt que sur une analyse de ses limitations fonctionnelles objectives. Ceux-ci n'expliquaient en particulier pas en quoi les atteintes somatiques du recourant justifieraient objectivement des douleurs ou limitations l'empêchant d'exercer son activité au-delà de 50 %. Leur opinion ne suffisait donc pas à remettre en cause celle des médecins de la Clinique romande de réadaptation. Enfin, si l'OCAI avait reconnu le droit à une demi-rente d'invalidité dès le 31 janvier 2007, sa position n'était pas en contradiction avec celle de la SUVA, dès lors que l'OCAI précisait en décembre 2007 déjà qu'une capacité entière de travail serait vraisemblablement possible à court terme. Dans une réplique du 6 avril 2009, le recourant s'est référé à un avis du Dr D\_\_\_\_\_ du 23 mars 2009 à l'attention de l'assurance-invalidité et à celui de Monsieur P\_\_\_\_\_, ostéopathe, qui relevait des douleurs parfois insupportables et invalidantes. Enfin, l'assuré n'avait été soumis à aucune expertise indépendante. Dans sa duplique du 28 avril 2009, la SUVA a relevé que le Dr DE D\_\_\_\_\_ admettait lui-même que l'avis d'un orthopédiste devait primer le sien. Quant à l'opinion de l'ostéopathe, elle ne permettait pas non plus de retenir que l'activité de conducteur de tram ne serait plus exigible. Enfin, l'intimée n'avait jamais soutenu que le recourant ne présentait plus de séquelles de son accident, mais que ces séquelles ne l'empêchaient pas de travailler à plein temps. Par courrier du 15 juillet 2009, le Tribunal de céans a sollicité de l'OCAI son dossier. Par courrier du 16 juillet 2009, l'OCAI a transmis ledit dossier, qui a été mis à disposition des parties pour consultation. Les principales pièces pertinentes du dossier de l'OCAI sont les suivantes : Un rapport du Dr F\_\_\_\_\_ du 12 février 2007 selon lequel l'état de santé du patient s'améliorait. L'assuré travaillait à 50% comme conducteur de tram depuis le 6 février 2006. Cette capacité était à réévaluer par la suite. Un rapport du Dr D\_\_\_\_\_ du 25 mai 2007 selon lequel l'état de santé du patient s'améliorait. Ce médecin ne se prononçait pas sur la capacité de travail du recourant et laissait le soin aux médecins orthopédistes de le faire. Un rapport du Dr C\_\_\_\_\_ du 25 juillet 2007 selon lequel le patient travaillait à 50% depuis janvier 2007 en tant que conducteur de tram. L'état de santé de l'assuré s'était amélioré en ce qui concernait la fracture pertrochantérienne, malgré les gênes résiduelles. En ce qui concernait l'épaule droite, l'état était stationnaire. L'ablation du matériel de la hanche droite et la poursuite de la rééducation de l'épaule droite améliorerait la mobilité et la force, ce qui permettrait de reprendre une activité à 100 % dans la profession antérieure. Le patient pouvait tenir la position assise pendant six heures par jour, la position debout pendant six heures par jour et la même position pendant quatre à six heures par jour. Un rapport sans examen clinique du Service médical de l'assurance-invalidité du 21 septembre 2007 selon lequel l'assuré présentait une capacité de 50 % dans l'activité habituelle et une capacité entière dans une activité adaptée. Une reprise à 100 % était théoriquement possible après

ablation du matériel d'ostéosynthèse qui aurait lieu 24 à 36 mois après la mise en place. Un rapport du service de réadaptation de l'OCAI du 2 octobre 2007 qui retenait un revenu avec invalidité de 57'258 fr. (salaire à plein temps pour une activité simple et répétitive respectant les limitations fonctionnelles), un revenu sans invalidité de 95'394 fr. et un degré d'invalidité de 40 %, découlant de la comparaison des revenus. Dans le cadre d'une procédure de révision de la rente, une attestation du Dr D \_\_\_\_\_ du 10 février 2009 selon laquelle le patient lui avait dit souffrir de douleurs importantes dans la colonne cervicale notamment responsables du fait que ce dernier ne semblait pas pouvoir travailler à plus de 50% dans la fonction actuelle. Un rapport du Dr D \_\_\_\_\_ du 23 mars 2009 selon lequel l'état de santé était resté stationnaire. S'agissant de la capacité de travail, il convenait de se référer aux rapports des médecins orthopédistes, mais en tant qu'ancien médecin conseil des TPG, il avait une "certaine notion" des conditions de travail des conducteurs. Par courrier du 17 septembre 2009, le Tribunal de céans a notamment demandé au Dr C \_\_\_\_\_ s'il adhérait aux conclusions des médecins de la Clinique romande de réadaptation de la SUVA. Par courrier du 24 septembre 2009, le Dr G \_\_\_\_\_, chef de clinique du département de chirurgie des HUG et remplaçant le Dr C \_\_\_\_\_ dont il avait repris la consultation et suivi les patients depuis le 1er janvier 2009, a indiqué qu'il avait reçu en consultation ambulatoire le recourant le 2 février 2009. À cette date, il adhérait aux conclusions de ses collègues de la Clinique romande de réadaptation quant à la capacité de travail. S'agissant de l'ablation du matériel d'ostéosynthèse, celle-ci n'avait pas été effectuée, car il n'y avait pas d'indication à une telle intervention et pas de bénéfice escompté quant à la capacité de travail. Par courriers du 16 octobre 2009, le Tribunal de céans a octroyé aux parties un délai au 31 octobre 2009 pour se déterminer sur l'appréciation du Dr G \_\_\_\_\_. Par courrier du 20 octobre 2009, l'intimée a maintenu ses conclusions tendant au rejet du recours, constatant que le Dr G \_\_\_\_\_ avait acquiescé aux conclusions des médecins de la Clinique romande de réadaptation. Le recourant n'a quant à lui pas formulé d'observations s'agissant du courrier du Dr G \_\_\_\_\_ dans le délai imparti. Par courrier du 10 novembre 2009, le mandataire du recourant a sollicité un nouveau délai pour se déterminer concernant le rapport du Dr G \_\_\_\_\_, indiquant n'avoir reçu les correspondances du Tribunal de céans datées des 17 septembre, 5, 16 et 26 octobre 2009 que le jour même, soit le 10 novembre 2009. Il précisait encore avoir été hospitalisé pendant plusieurs jours pour une intervention chirurgicale, ce qui l'avait de surcroît empêché de suivre ce dossier. EN DROIT Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 5 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire du 22 novembre 1941 (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. La LPGA, entrée en vigueur le 1 er janvier 2003, est applicable au cas d'espèce. Interjeté dans les formes et délai légaux, le recours est recevable à la forme (art. 60 LPGA). a) Est litigieuse la question de savoir si le recourant a droit à des indemnités journalières ou à une rente au-delà du 9 avril 2008, soit de savoir quelle est la capacité de travail de l'assuré dans sa profession ou dans une activité adaptée dès cette date. En effet, par décision du 4 avril 2008, la SUVA a reconnu le recourant apte à travailler à 75 % dès le 11 février 2008 comme conducteur de tram et à 100 % dès le 9 avril 2008. b) L'art. 6 al. 1 LAA prévoit que, sauf disposition contraire, les prestations d'assurance, y compris les frais de cures prescrites par un médecin (art. 10 al. 1 let. c LAA), sont allouées en cas

d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGa). Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci (ATF 129 V 181 consid. 3.1; 119 V 337 consid. 1; 118 V 289 consid. 1b et les références). c) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux sont raisonnablement exigibles de la part de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4; 115 V 134 consid. 2; 114 V 314 consid. 3c; 105 V 158 consid. 1). Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGa), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a ainsi posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 352 ss. consid. 3). Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Selon la jurisprudence et la doctrine, l'autorité administrative ou le juge ne doit considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité (KUMMER, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4ème édition Berne 1984, p. 136 ; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2ème édition, p. 278 ch. 5). Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant,

retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5 let. b 125 V 195 consid. ch. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a). En l'occurrence se trouvent au dossier des rapports des médecins traitants, notamment des Drs C\_\_\_\_\_ et G\_\_\_\_\_, qui lui a succédé, des rapports des médecins conseils de la SUVA ainsi qu'un rapport de la Clinique romande de réadaptation de la SUVA de janvier 2008. Selon ce rapport, le recourant présente une capacité de travail dans sa profession de 75% au 15 janvier 2008 et une capacité entière depuis le 15 février 2008. Ce rapport est probant selon la jurisprudence du Tribunal fédéral et ses conclusions sont d'ailleurs confirmées par le Dr G\_\_\_\_\_ des HUG. Le Dr D\_\_\_\_\_, interniste, ne se prononce pas quant à lui sur la capacité de travail et s'en réfère au médecin spécialiste. Le Dr E\_\_\_\_\_, chirurgien-orthopédiste et médecin conseil de la SUVA, a également estimé la capacité de travail du recourant totale dans sa profession de conducteur de tram. Seul le Dr C\_\_\_\_\_ des HUG, remplacé dans sa pratique aux HUG par le Dr G\_\_\_\_\_, estime que son patient n'est capable dans sa profession qu'à 50%. Cependant, il ne s'est pas prononcé sur le rapport de la Clinique romande de réadaptation et n'a pas motivé son avis. Dès lors, cette appréciation, isolée, sera écartée. Au vu de ce qui précède et de l'avis quasiment unanime des médecins, il sera retenu que le recourant présente une capacité de travail de 75% dans sa profession de conducteur de tram depuis le 11 février 2008 et totale depuis le 9 avril 2008 (dates retenues par la SUVA et plus favorables que celles du rapport de la Clinique romande de réadaptation). Quant à la demande du recourant d'un délai supplémentaire pour se déterminer sur l'appréciation du Dr G\_\_\_\_\_, elle sera également écartée. En effet, le Tribunal a octroyé un délai aux parties suffisamment long pour se déterminer sur l'avis dudit médecin. Par ailleurs, selon l'art. 16 al. 2 de la Loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985 (LPA ; RS E 5 10), le délai imparti par l'autorité peut être prolongé pour des motifs fondés si la partie en fait la demande avant son expiration. L'alinéa 3 dispose que la restitution pour inobservation d'un délai imparti par l'autorité peut être accordée si le requérant ou son mandataire a été empêché sans sa faute d'agir dans le délai fixé. La demande motivée doit être présentée dans les 10 jours à compter de celui où l'empêchement a cessé. En l'occurrence, la demande de prolongation n'a pas été faite avant l'expiration du délai fixé par le Tribunal. Le mandataire du recourant indique cependant sans autre précision ni explication n'avoir reçu les courriers de septembre et d'octobre du Tribunal de céans que le 10 novembre 2009. Cette allégation non motivée ne peut dès lors constituer un motif fondé. Quant aux jours d'hospitalisation du mandataire, on ignore quel en est leur nombre et à quelles dates ils sont intervenus; ils n'ont de surcroît pas été justifiés par un certificat d'hospitalisation. Enfin, il y a lieu de relever que le mandataire aurait dû se faire remplacer pour des jours d'hospitalisation planifiés (intervention chirurgicale), par exemple par son collègue d'étude. Pour tous ses motifs, la demande de prolongation de délai sera écartée. Ainsi, il y a lieu de constater que le recours, mal fondé, doit être rejeté. **PAR CES MOTIFS, LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES** : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : Le rejette. Dit que la procédure est gratuite. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou

de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi. La greffière Nancy BISIN La présidente Valérie MONTANI La secrétaire-juriste : Frédérique GLAUSER Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.